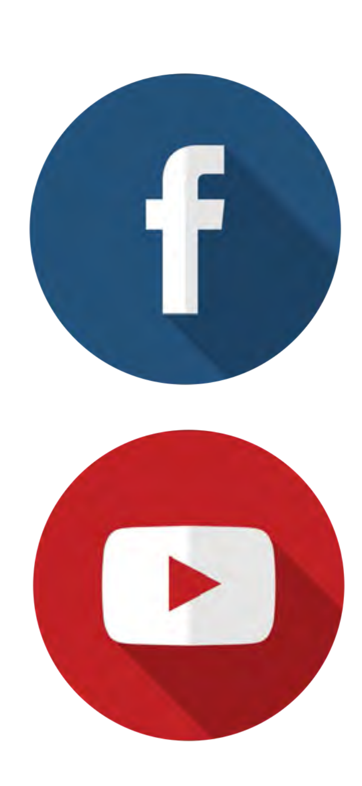

.Net
LA FACULTÉ
SEEK KNOWLEDGE







MIU

- arrêt de l'activité cardiaque survenant après 28 SA
  22 SA pour OMS
  si âge gst inconnu => pds > 500g
  avant 22SA = rétent° d'oeuf mort
- rétent° foetale : débute 48 après MIU et s'achève à l'expulsion.
- la MIU ne déclenche pas le W.
- le foetus va subir des modificat° qui permettent d'évaluer le terme av MIU + durée de rétent°:
  - → entre 3e-5e mois => momificat°
  - → > 5e mois (24SA) => macérat° :
    - au bout de 48h : décollem^t de l'épiderme allant de bas en haut, début au n° malléoles, se fait par infiltrat° d'un liq séro-hématique.
    - 3e-8e j : le liq s'infiltre entre voute crânienne et cuir chevel
    - 8e j : tête flasque, déformée, les os du crâne se chevauch^t + cuir chevelu se plisse.
      ↓
      ramolissem^t complet (cerveau, viscères)

⚠ foetus mort peut libérer thromboplastine → CIVD ♀

Clinique :

- souvent GHR
- ø MAF + ↓ volume du ventre
- øBCF à auscultat°.
- écho +++ => ø activité cardiaque + signes de macérat° + immobilité foetale
- EG s'améliore (↓ oedème, TA, protéinurie)
- volume utérus < terme, mou, nn contractile
- palpat° : pôles foetaux imprécis +/- crépitat° à la tête
- sein : écoulem^t du lait à la place du collostrum.
- TV : P° mal accomodée, ↓ ballotem^t foetal.
- ERCF : ø tracé

Ds 80% cas => expulsion spont 15 j après MIU

⚠ Radio du contenu utérin : signes de rétent° tardives : chevauch^t des os du crâne + angulat° du rachis

Etiologies :

- causes gles : risque ↗ avec âge + parité + CSE défav + ATCDs de MIU
  certaines professions : Ry X, industrie de métal, exploitat° agricole
- HTA gravidique : RCIU avant MIU, via cplct° : HRP, éclampsie.
- Diabète : suite à cplct° métab surtt acidose lactique. (surtt si DID)
- maladies maternelles graves
- mdies de syst : certains Ac maternels ont une toxicité foetale ou placentaire
  ex : anti SSA → BAV complet.

- pathologies hépatiques : cholestase gravidique, stéatose Â gravidique
- anoxie Â par atteinte placentaire ou funiculaire : HRP, infarctus placentaire Â, PP, décollement marginal, circulaire du cordon + noeud serré, hématome ou chorioangiome placentaire, thrombose CO
- DDT : par senescence placentaire.
- anlies chromos : trisomie 21, 13, 18, 2d Turner
- malf° foetales : pulm, card, rarement digestives. 2d polymalformatif.
- inf° : rubéole, Toxo, CMV
- mdies hémolyt : isoRH, origines virales (parvo), thalassémie, déficit en G6PD.
- Hgie foeto-mat et foeto-foetales

en gle :
- < 27SA ⇒ malf° + anlies chrom
- 28-36SA ⇒ RCIU + HRP
- > 37SA ⇒ causes funiculaires.

Risques maternels :

- infect° amniotique secondaire : redoutable surtt si RPM. c'est pour cela si RPM ⇒ déclenchemt immédiat du W. + retentissemt psycho
- trbles hémostase : suite au passage de thromboplastine ds sg maternel.
  ↓
  CIVD → accidents Hgiques après 5-6 semaines de MIU (rétent° de longue durée).

Surveillance : TP, TCK, Fg, PDF, PQ répété si la rétent° se prolonge.

CAT : (H)° + Déclencht du W en urgence
{ - ↓ risque Hgique + infectieux
- faciliter étude anapath Foet + placenta + autopsie foetale ou IRM nucléaire
- ↓ trauma de ♀ }

- Condit° locales favorables (Bishop > 6) ↓ Perfusion d'ocytocine
- condit° locales défavorables ↓ PG → Perfusion d'ocytocine

!!! Respecter les mb

Si trbles de la coag compenser + réaliser expulsion ds brefs délais

CSR en urgence si : HRP, chorioamniotite, u.cicatr trbles coag, DFP, P° dystocie

- Après expulsion ⇒ révision utérine systématique
  - sérum anti D
  - ⊖ montée laiteuse (Parlodel*)
  - Contracept° + insister sur importance d'un délai avt prochaine gsse

Prévent° :
- si pathologie maternelle foeticide ⇒ extract° du foetus avant MIU
- prévent° d'une récidive ⇒ rechercher + TRT cause + suivie de gsse ultérieure

Scanned by CamScanner